



P

ERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO SOBRE CONHECIMENTO E APLICABILIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Recebido: 17/05/2017

Aprovado: 22/10/2017

¹Vívian Elaine Alflen
²Márcia Cristina Zago Novaretti

RESUMO

Este relato teve como objetivo a identificação e análise dos principais conhecimentos e as percepções dos profissionais que trabalham em clínicas de reabilitação sobre o tema da Segurança do Paciente. Foi aplicado um questionário composto por 25 questões abertas sobre segurança do paciente, tipos e notificação de incidentes de segurança. Apenas a identificação do paciente e higienização das mãos são reconhecidas como relevantes para segurança do paciente por 100% dos profissionais entrevistados. Quarenta por cento dos entrevistados identificam o evento adverso como único tipo de incidente de segurança do paciente. Fatores outros como os relacionados à infraestrutura e sobrecarga dos profissionais de saúde foram apontados como de risco para a ocorrência de falhas na segurança do paciente. Há subnotificação de incidentes de segurança e não há disseminação da cultura de segurança dos pacientes nas clínicas avaliadas. Concluímos que as clínicas de reabilitação por atenderem muitos pacientes com déficits motores, cognitivos, de equilíbrio dentre outros são locais de alto risco para a ocorrência de falhas na segurança e que diferentes estratégias devem ser implementadas para prevenção/redução efetiva de danos aos pacientes tais como treinamento continuado, adequação das clínicas de reabilitação e desenho de fluxos e de processos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Qualidade; Saúde Pública; Reabilitação; Assistência à saúde.

¹ Mestranda em Gestão de Sistemas de Saúde pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, (Brasil). E-mail: vivian_alflen@yahoo.com.br

² Doutora em Medicina - Disciplina Hematologia pela Universidade de São Paulo - USP, Brasil. Diretora do Programa de Mestrado Profissional Gestão em Sistemas de Saúde – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, Brasil. Professora de Hematologia, Medicina – Universidade Nove de Julho, São Paulo, (Brasil). E-mail: marcianovaretti@uni9.pro.br

**PERCEPTION OF PROFESSIONALS FROM SPECIALIZED REHABILITATION
CENTERS ON KNOWLEDGE AND APPLICABILITY OF PATIENT SAFETY****ABSTRACT**

This report aimed to identify and to analyze the main knowledge and perceptions of health professionals who work at rehabilitation clinics on regarding Patient Safety. A questionnaire composed of 25 open questions about patient safety, types and notification of safety incidents was applied. Only patient identification and hand hygiene are recognized as relevant for patient safety by 100% of the professionals interviewed. Forty percent of respondents identify adverse event as the only type of patient safety incident. Other factors such as those related to the infrastructure and the overload of the health professionals were pointed out as a risk for the occurrence of failures in patient safety. There is underreporting of safety incidents and there is no dissemination of the patient safety culture of patients in the clinics evaluated. We conclude that rehabilitation clinics for attending many patients with motor, cognitive, balance deficits among others are places of high risk for the occurrence of safety flaws and that different strategies should be implemented to effectively prevent / reduce harm to patients such as continuous training, adequacy of rehabilitation clinics, and design of flows and processes.

Keywords: Patient Safety; Quality; Public Health; Rehabilitation; Health Care.

1.INTRODUÇÃO

Os Centros de Reabilitação são necessários como pontos de atenção para ações específicas no cuidado à saúde da pessoa com deficiência, mas, também devem ser concebidos como espaços de articulação com os outros pontos de atenção do Sistema Único de Saúde. O cuidado em rede requer integração entre os serviços, com forte sistema de regulação, profissionais e gestores para assim potencializar o acesso, o cuidado e ser efetivo (Batista & Gonçalves, 2011). As clínicas descritas nesse Relato Técnico (RT) se localizam no município de São Paulo, Estado de São Paulo, sendo duas públicas e uma privada destinadas ao atendimento de pessoas que necessitam de reabilitação de média complexidade. Encaminha-se à assistência multiprofissional os portadores de deficiência física e intelectual, com sua funcionalidade comprometida de forma temporária ou permanente.

Em diversos estabelecimentos de saúde, em especial os públicos, apesar de possuírem objetivos claros em relação a sua missão, visão e valores, têm como desafios a grande demanda de atendimentos, alta rotatividade profissional, gestores nem sempre motivados, orçamento insuficiente e a cultura de que oferecer o mínimo já é suficiente. O Ministério da Saúde Brasileiro já apontava em 2014 que, nesses ambientes os incidentes relativos à segurança do paciente podem causar dano de intensidade variável, como doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou até mesmo morte. A mensuração desses referidos incidentes de segurança do paciente é complexa. Dentro desse contexto a cultura de segurança expressa conjunto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento da instituição. Remete a fatores diretamente relacionados dentre eles o desempenho, formação e comportamentos dos profissionais da saúde que os faz visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades (Rede, 2013 e Wegner, 2016).

Para efetivar essa situação problema é essencial ter um levantamento dos fatores organizacionais que impedem a sua formação (Brasil, 2014a). Será que os profissionais envolvidos têm conhecimento sobre a importância da aplicação dos fatores de Segurança do Paciente? Com o intuito de solucionar a situação problema citada anteriormente a proposta de obter a percepção dos profissionais envolvidos neste serviço com uma demanda tão quantitativa e específica tem a visão de detectar se os aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade do atendimento em saúde estão em sintonia uma vez que o saber teórico e a sua aplicabilidade são fatores principais para a qualidade da assistência (Gonze, 2009). A partir deste levantamento pretende-se identificar e priorizar os problemas, gerenciar os processos, valorizar os clientes e os profissionais, prevenir erros e definir metas.

Assim, este relato tem como objetivo principal analisar os conhecimentos e as percepções dos profissionais que trabalham na área da saúde sobre o tema da Segurança do Paciente possibilitando, conforme Cardoso e Hennington (2011) que os profissionais da equipe tenham uma influência de forma construtiva na organização e ações que visem o próprio cuidado, contribuindo para mudanças em direção à integralidade e à humanização da assistência em saúde.

Para este fim, o estudo está estruturado em cinco seções, incluindo a introdução referida como primeira seção. A segunda seção apresenta um referencial teórico sobre o estudo. Na seção seguinte é apresentada a metodologia com sequência da seção com os dados obtidos e sua análise. E, finalmente, na quinta seção são apresentadas as considerações finais dos autores.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para Krummenauer et al. (2014) a educação dos profissionais de saúde é uma das principais estratégias para a adoção de práticas seguras no trabalho em saúde justificando a escolha do método desse relato técnico, pois utiliza uma ferramenta que contribui para que os trabalhadores se conscientizem sobre as consequências de suas práticas e a aderência das precauções e medidas de biossegurança, inclusive a prevenção de acidentes no exercício profissional.

De acordo com Wegner em 2016 esse método adotado leva em relevância a magnitude dessa problemática salienta a importância de se desenvolver atitudes proativas em prol da segurança. As transformações começam a ter sentido e resultado a partir de mudanças na prática, que necessitam acontecer em curto prazo.

Como citação de casos de sucesso pelos principais autores que utilizaram o método proposto utilizando a mesma ferramenta em identificar a percepção dos profissionais Rigobello (2012) ressaltou aspectos importantes como: a satisfação do profissional, o diálogo e o suporte à equipe por parte da administração são essenciais para a garantia da segurança do paciente, consolidar e aprofundar a aplicação de metodologias de qualidade para os serviços de saúde; gerar plano de desenvolvimento e capacitação efetiva de recursos humanos, como fator essencial de qualidade institucional (Bonato, 2011), comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e da confiança na efetividade de medidas preventivas (Reis, 2013) foram unânimes em relatar que esse método contribui para a melhoria do cuidado em saúde e para a redução dos riscos ao paciente.

As pesquisas da literatura apresentada demonstram apoiar a ferramenta escolhida aplicada para a solução do problema apresentado neste relato. Na realidade, a segurança foi a última dimensão a ser incluída de forma explícita no conceito de qualidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013).

Segundo a proposta mais recente da OMS, significa “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde”. Assim, os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços (Reis, 2013).

Os investimentos em pesquisas sobre a segurança do paciente e a qualidade do cuidado tem aumentado progressivamente e o tema teve projeção mundial. Um levantamento feito na base de dados pubmed.gov quanto ao número de publicações que envolvam o assunto “segurança do paciente” nos últimos dez anos, mostra que houve 73827 pesquisas publicadas, representando um aumento de praticamente 239% no período (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, recuperado em 26, junho, 2017). Inicialmente, os profissionais trabalhavam a temática isoladamente com o mínimo de contato com a equipe de saúde. Entretanto, verificou-se que a maioria dos erros e falhas na saúde estavam relacionadas ao processo de comunicação e trabalho em equipe, sendo necessário fortalecer esses importantes pilares do cuidado (Wegner, 2016).

Ao avaliar a grande demanda acolhida pelos profissionais que trabalham em reabilitação e com a necessidade resolutiva para casos complexos, o que requer uma atenção e preparação especializada do profissional concorrendo, por vezes, para uma sobrecarga da padronização e da prática assistencial (Brasil, 2010). Essas são temáticas que comprometem diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência. De acordo com Fernandes e Zanelli (2006) faz-se necessário saber o quanto é perceptível a importância do seu aprendizado profissional e sua aplicabilidade de forma contínua para o processo de educação e integração da equipe em uma instituição.

Após o reconhecimento da problemática citada, identificar a percepção dos profissionais da organização sobre o tema segurança do paciente representa o primeiro passo para traçar estratégias nas quais demandas para agregar conhecimento e prática ainda estão falhos, como citado na literatura da Anvisa (2013). E, a partir desta etapa traçar propostas e/ou ações que preconizem uma padronização das atividades e seus direcionamentos propostos pela rede de atenção à saúde.

Para Wegner (2016) o primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes. Nesse sentido, a cultura da segurança do paciente pode ser compreendida por diferentes referenciais, neste estudo é definida como valor, atitude, norma, crença, práticas, políticas e comportamentos da equipe, instituição, profissionais da saúde e do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o cuidado em saúde. A partir desse entendimento, a equipe de saúde deve ser guiada por um compromisso que emana das diretrizes da organização de saúde, nas quais cada integrante e o grupo como

um todo seguem as mesmas normas/protocolos de segurança com responsabilidades compartilhadas, visando que as condições do trabalho se tornem mais seguras, o que requer um trabalho interdisciplinar e intersetorial na prevenção de doenças ocupacionais e promoção de saúde na assistência, garantindo um suporte psicossocial e que defenda seus interesses, quando necessários (Krummenauer et al, 2014). Na pesquisa de Wegner (2016) vários entrevistados relataram que ao longo da sua formação não tiveram contato com a temática da segurança do paciente. A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente. No Brasil, ainda não existe um conjunto de indicadores definidos com essa finalidade, além de serem escassas as pesquisas sobre o tema.

3. METODOLOGIA

As clínicas estudadas duas públicas e uma privada estão localizadas no município de São Paulo, Estado de São Paulo e oferecem atendimento interdisciplinar para pessoas com vários tipos de deficiência e/ou distúrbios em geral, desde o recém-nascido ao idoso. O atendimento é realizado por profissionais de diferentes especialidades, entre as quais, estão neurologistas, neuropediatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais. Nas Unidades Clínicas, o atendimento é realizado com uma abordagem biopsicossocial e pedagógica, visando à habilitação e reabilitação clínica por meio da prevenção, do diagnóstico e tratamento. Para iniciar o atendimento, o paciente participa de um processo de acolhimento e de avaliação nas diferentes especialidades, com o objetivo de diagnosticar e traçar um plano de tratamento de acordo com as necessidades individuais de cada um.

Os participantes do estudo foram 10 profissionais da saúde, incluindo as categorias de: Fisioterapeutas, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social, todos diretamente envolvidos no cuidado ao paciente em reabilitação. Os critérios de exclusão referem-se aos profissionais que estavam afastados do trabalho no período de coleta de dados. Inicialmente, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e estando de acordo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida aplicou-se um questionário composto por 25 perguntas abertas sobre os conceitos básicos de segurança do paciente, identificação dos diferentes tipos de incidentes de segurança do paciente, das condutas a serem tomadas frente à detecção de algum tipo de falha na segurança do paciente, notadamente quanto à higienização das mãos, identificação correta do paciente, uso adequado de medicamentos, queda e úlceras por pressão. A análise de dados foi feita através do método de *análise de conteúdo*. Foram dados relevantes para a análise: formação profissional, tempo de experiência, carga horária de trabalho, vivências sobre segurança do trabalho e condutas tomadas.

Considera-se que o tema de segurança do paciente pode ser investigado sobre três pontos de vista: formação dos profissionais de saúde, condições de trabalho e existência de protocolos de prevenção (Brasil, 2014). O enfoque principal escolhido neste relato técnico foi a formação dos profissionais para que esse tema seja incorporado à prática diária dos profissionais de saúde.

4. RESULTADOS OBTIDOS E ANÁLISE

Os participantes deste estudo foram compostos por doze profissionais, sendo nove fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e um assistente social, todos diretamente envolvidos no cuidado ao paciente em reabilitação (tabela 1). A maior parte dos participantes tem idade inferior a 30 anos (58,33%). Houve predomínio do sexo feminino neste relato técnico, o que reflete uma tendência para os profissionais de saúde envolvidos neste estudo (Santos, Sobrinho & Barbosa, 2017).

Os participantes desta pesquisa têm experiência na área de atuação (tempo médio de experiência = 9,25 anos), variando de 3 a 29 anos; desvio padrão de 7,58 anos. A carga horária trabalhada por semana é, em média 38,75 horas (variando de 30 a 60 horas semanais); e a média de tempo de trabalho na clínica de 6,32 anos (variando de 1 ano e meio a 29 anos) (tabela 2).

Tabela 1. Características demográficas dos participantes da pesquisa

Características	n	%
Idade Média		
18-25	1	8,33
26-30	6	50
31-35	2	16,66
36-40	1	8,33
41-45	1	8,33
51-55	1	8,33
Sexo		
Masculino	2	16,66
Feminino	10	83,33
Estado Civil		
Solteiro	6	50
Casado	5	41,66
União estável	1	8,33

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 2. **Dados dos profissionais entrevistados na pesquisa em 2017, São Paulo, Brasil.**

Formação Profissional	Tempo de Experiência (anos)	Pós-graduação	Horas de trabalho por semana (horas)	Tempo de trabalho na clínica (anos)
Fisioterapeuta	8	não	50	2
Fisioterapeuta	18	sim	34	12
Fisioterapeuta	5	sim	60	4
Fisioterapeuta	6	sim	30	6
Fisioterapeuta	5	não	42	4
Terapeuta Ocupacional	3	não	30	2
Fisioterapeuta	7	sim	30	2,5
Fonoaudióloga	29	sim	54	29
Assistente Social	8	não	40	8
Fisioterapeuta	6	sim	30	1,5
Fisioterapeuta	9	sim	25	1,8
Fisioterapeuta	7	sim	40	3
média	9,25		38,75	6,32

Fonte: Dados da Pesquisa

Na nossa casuística pudemos observar que nenhum dos participantes (fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e assistente social) relatou ter tido durante a graduação tópicos abordando a questão da segurança do paciente. Tão pouco os oito profissionais com pós-graduação na área (9 especializações, 3 mestrados e 2 doutorados), relataram ter tido qualquer discussão que fosse acerca da temática. Somente 40% relataram ter tido algum treinamento sobre segurança do paciente em cursos no ambiente de atuação e em congressos muito embora 92% dos profissionais desta pesquisa acreditem conhecer o tema segurança do paciente, o que mostra que há inconsistências conceituais que precisam ser trabalhadas para uma continuada prevenção e mitigação de falhas na segurança do paciente. Estes achados também revelam que, muito embora o Ministério da Saúde do Brasil tenha publicado há quatro anos (Brasil, 2013) que todos os estabelecimentos de saúde

brasileiros deveriam ter um núcleo de segurança do paciente esse assunto não é de domínio dos profissionais da reabilitação participantes desta pesquisa. Esses dados corroboram ao observado nas pesquisas de Wegner *et al.* (2016) e Anvisa (2013).

Quanto aos itens considerados prioritários para a OMS e Ministério da Saúde na abordagem da questão segurança do paciente notamos que a *higienização das mãos* é de conhecimento de 100% dos entrevistados como relevante sendo feita tanto antes como depois de prestar cada atendimento ao paciente. Apesar de cada profissional mencionar que verifica a *identificação do paciente*, utilizando um documento pessoal, carteira de apresentação, ficha de evolução/ prontuário e de chamar o paciente pelo nome completo, todos atribuem a falha na identificação do paciente como falha de segurança do paciente e de responsabilidade exclusiva da (o) recepção da clínica. Neste relato técnico, nenhum profissional relatou ter atendido um paciente com falha de identificação se, caso houvesse que registrariam por escrito o ocorrido e comunicariam à gerência da clínica para providências. Ao final da entrevista quando questionados se toda falha de segurança é registrada por escrito, dizem que isso nem sempre ocorre sendo, portanto inconsistente com afirmação prévia de que caso presenciassem um evento adverso que o registrariam por escrito. Interessante notar que, justamente numa clínica de reabilitação, em que pacientes com maior risco de queda são atendidos quando comparados ao atendimento clínico geral, é que nem todos os profissionais (83,33%) que atuam nessa área identificam a queda como falha na segurança do paciente, entretanto os mesmos profissionais que assim a consideram reportam que toda vez que presenciam ou são informados sobre alguma queda comunicam a responsável pelo serviço (gerente) para as devidas medidas.

A úlcera por pressão falha é considerada falha na segurança do paciente por apenas 66,67% dos profissionais participantes deste estudo, sendo que somente três já atenderam pacientes com essa complicação. Quando questionados, 66,67% disseram que ao reconhecer úlcera de pressão em um paciente, tomariam algumas medidas como: orientações aos familiares sobre posicionamento e mudanças de decúbito, uso do colchão casa de ovo, higiene do local e hidratação da pele.

Oitenta por cento dos participantes deste estudo revelaram ter presenciado casos de pacientes encaminhados para um tratamento na clínica e acabaram fazendo outro e que, quando isso acontece que consideram uma falha na assistência e comunicam suas chefias.

Na literatura é comum o relato de aderência parcial aos tratamentos preconizados, quer seja por falta de condição socioeconômica para aquisição do medicamento, quer seja por não gostarem de tomar medicamentos, por preferirem medicamentos como chás/ervas medicinais ou até mesmo por

não entenderem porque deveriam tomar e como deveriam fazê-lo. Quanto ao uso de medicamentos, todos relatam que antes de cada atendimento que questionam se o paciente faz uso de alguma medicação, e que quando prescrito, se o estão fazendo uso regularmente ou não e os motivos para a não aderência ao tratamento (Novaretti, 2014).

Quanto aos tipos de falha na segurança do paciente, no grupo pesquisado 41,67% responderam que conhecem unicamente o evento com dano, também chamado evento adverso. Estes profissionais descreveram que uma vez detectado um evento adverso comunicam suas gerências, mas que nem sempre são descritos em prontuário. Esta questão mostra que a não identificação de incidentes de segurança sem dano ao paciente como falha de segurança e a sua subnotificação dificulta a implantação de medidas de prevenção/correção.

Durante as entrevistas foram apontados fatores outros que podem aumentar o risco de falhas na segurança dos pacientes como na infraestrutura das clínicas onde o piso liso e escorregadio aumenta a probabilidade de quedas, equipamentos instalados muito próximos uns dos outros; instalações não ideais de equipamentos, fluxo não planejado de pacientes e profissionais aumentando o tráfego por áreas com alta densidade de equipamentos e desníveis; falta de barras de apoio, portas e/ou divisórias de vidro; falhas na identificação do paciente, contaminação cruzada no caso de lesões na pele, alta demanda para os profissionais que, por vezes tem mais de um paciente sob sua responsabilidade simultaneamente. Esses achados muito contribuem para que sejam elaboradas estratégias eficazes para a prevenção e/ou redução de incidentes de segurança do paciente em clínicas de reabilitação. Informações essas que somente vieram à luz dos pesquisadores pela técnica de coleta de dados escolhida que foi a de questionário aberto aplicado por um único pesquisador.

Rosa & Menezes em 2015 também descreveram que a infraestrutura de uma organização de saúde pode influenciar no risco de falhas na segurança do paciente, tais como: características do piso (escorregadio, condições inadequadas e inseguras dos equipamentos, acesso fácil de crianças à rua com intenso tráfego de carros, porta de vidro laminado, falta de espaço para deambulação, falta de apoios, obstáculos no meio do caminho), acompanhar o paciente durante o treino de transferências, marcha e funcional, risco de quedas da própria altura, sobrecarga do profissional (pouca supervisão na execução da terapia em decorrência do elevado número de pacientes) e uso incorreto de órteses (auxiliam a locomoção).

A partir dessa percepção do profissional que atua em clínicas de reabilitação quanto à segurança do paciente pode-se recomendar melhorias, como: avaliar o setor para sanar esses problemas, adaptações estruturais e ajustes/ manutenção nos equipamentos, orientações sobre risco

dentro e fora de casa para pacientes/ familiares/ cuidador, diminuir o número de atendimentos pelo profissional de saúde, aumentar o tempo das sessões de tratamento, treinamento com a equipe sobre conhecimento de medidas simples que podem melhorar a segurança do paciente, desenvolver estratégias de organização do trabalho (ergonomia) e em caso de intercorrência no atendimento ter uma equipe atribuída para esta responsabilidade (Reis, Martins & Languardia, 2013).

Finalmente, como citado em Capucho & Cassiani (2013) o programa de segurança do paciente deve ser difundido nas diferentes instituições que compõem o sistema de saúde em todos os estados da federação a fim de que conheçam e compartilhem o conhecimento acerca dos resultados obtidos na assistência, incluindo os resultados negativos. Entendemos que se trata de um processo a ser continuamente aprimorado e que medidas de diferentes naturezas do treinamento de profissionais à melhoria da infraestrutura devam ser implementados em clínicas de reabilitação para redução /prevenção de incidentes de segurança sem e com dano ao paciente.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Com esse RT o principal benefício alcançado foi o despertar de observações relevantes na dinâmica do profissional e identificar que em sua maioria de fatores são modificáveis e/ou possíveis para adequações em clínicas de reabilitação. Essas informações permitiram que o profissional dentro da equipe percebesse a importância dos seus apontamentos e o quanto é significativo ser atuante.

A cultura de segurança do paciente não está disseminada nas clínicas participantes deste estudo e nem os conceitos básicos de segurança do paciente são de domínio dos profissionais entrevistados neste relato técnico.

A proposta possui algumas limitações, em especial aos levantamentos disponíveis na literatura aplicados a esse nível de assistência, a reabilitação. Na maioria citam procedimentos relacionados aos ambientes hospitalares, apresentando alguns indicadores não aplicáveis ao ambiente estudado neste relato técnico. Ao mesmo tempo, pode-se concluir que se trata de estudo inovador uma vez que as clínicas de reabilitação por atenderem muitos pacientes com déficits motores, de equilíbrio, de cognição dentre outros são áreas de alto risco para a ocorrência de incidentes de segurança do paciente, em especial daqueles com dano. Sugerimos que diferentes estratégias sejam implementadas para prevenção/redução efetiva de danos aos pacientes tais como treinamento continuado, adequação das clínicas de reabilitação e desenho de fluxos e de processos.

O cuidado vinculado a novas políticas de saúde nacionais e internacionais trazem à tona a visão do cuidado voltado à segurança, tanto do ponto de vista de quem cuida como de quem é cuidado. Sob esse prisma, é necessário discutir as práticas atuais com o intuito de produzir ações que efetivamente sejam capazes de reduzir os riscos à segurança do paciente durante a assistência à saúde e disseminar a cultura de segurança do paciente nas diferentes organizações de saúde extrapolando o ambiente hospitalar que concentra quase a totalidade das pesquisas relacionadas a esta temática.

Os problemas de saúde, os desejos dos pacientes, as expectativas em relação aos sistemas de saúde, o dimensionamento de equipes e profissionais, novas tecnologias e a ênfase na qualidade, entre outras, são características do cenário atual de atenção à saúde. Assim, com a disseminação mundial do movimento pela segurança do paciente, a formação de profissionais da saúde está exigindo uma base comum renovando a educação profissional e, com isso podendo fortalecer os sistemas de saúde.

6. REFERÊNCIAS

Anvisa (2013) - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.

Batista, K. B. C. & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Sociedade São Paulo*, 20(4), 884-899.

Biancolino, C. A., Kniess, C. T., Maccari, E. A., & Rabechini Jr., R. (2012). Protocolo para Elaboração de Relatos de Produção Técnica. *Revista Gestão e Projetos*, 3(2), 294-307. Disponível em <http://www.revistagep.org/ojs/index.php/gep/article/view/121/297>.

Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 35(5), 319-331.

Brasil (2010). Política Nacional de Humanização. *Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2014a). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.- *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, Brasília: Anvisa.

Capucho, H. C. e Cassiani, S. H. de B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 47(4),791-798.

Cardoso, C. G. & Hennington, E. A. (2011). Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, educação e saúde*, 9 (supl.1), 85-112.

Fernandes, K. R. & Zanelli, J. C. (2006). O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. *Revista de Administração Contemporânea*, 10 (1), 55-72.

Gonze, G. G. (2009). A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Disponível:<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2009/11/GABRIELA-GUERRA-GONZE1.pdf>

Krummenauer, E. C. *et al.* (2014). Educação continuada: Uma ferramenta para a segurança do cuidado. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 4(3), 221-222.

Novaretti, M.C.Z. (2014). Aplicação da análise causa raiz como ferramenta na gestão de segurança hospitalar. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, 7(3), 442-452.

Rede (2013). Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. *Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente*. Porto Alegre.

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036.

Rigobello, M. C. G. *et al.* (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paulista de enfermagem*, 25(5), 728-735.

Rosa, C. D. P. da & Menezes, M. A. J. (2015). Avaliação da Influência da Estrutura Física das Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Público do Município de São Paulo: Proposta para o Gerenciamento de Risco de Quedas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4 (1).

Santos, C. L. C., Sobrinho, C. L. N., & Barbosa, G. B. (2017). Síndrome de Burnout em fisioterapeutas: uma revisão sistemática. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 7(1).

Wegner, W. *et al.* (2016). Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*, 20(3).